

**LUIZ PAULO DE SOUZA**

**PERCEPÇÃO DE OBSTETRAS SOBRE A ATENÇÃO HUMANIZADA  
AO PARTO NA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**FLORIANÓPOLIS  
2006**

**LUIZ PAULO DE SOUZA**

**PERCEPÇÃO DE OBSTETRAS SOBRE A ATENÇÃO HUMANIZADA  
AO PARTO NA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada como requisito  
parcial à obtenção do grau de Mestre em  
Ciências Médicas, Centro de Ciências da  
Saúde, Universidade Federal de Santa  
Catarina – UFSC.

**Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Márcia M. Menezes Pizzichini**  
**Orientadora: Profa. Dra. Suely Grosseman**

**FLORIANÓPOLIS**  
**2006**

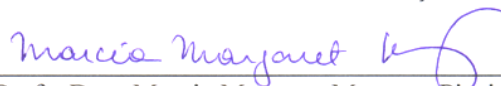


**Universidade Federal de Santa Catarina**  
**Centro de Ciências da Saúde**  
**Mestrado em Ciências Médicas**

  
**LUIZ PAULO DE SOUZA**

ESSA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE  
**MESTRE EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

COM ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM **CLÍNICA CIRÚRGICA** E APROVADA EM  
 SUA FORMA FINAL PELO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS



Profª. Dra. Marcia Margaret Menezes Pizzichini  
 Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:



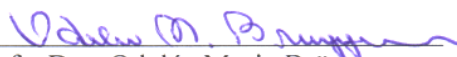
Profª. Dra. Suely Grosseman  
 Orientadora



Profª. Dra. Clarice Bissani  
 Membro



Profª. Dra. Zuleica Maria Patrício  
 Membro



Profª. Dra. Odaléa Maria Brüggemann  
 Membro

Florianópolis, 08 de agosto de 2006.



## **DEDICATÓRIA**

*A Luiz, meu pai (in memoriam), o homem que, com sua simplicidade e retidão de caráter, me ensinou a ser autêntico.*

*“É aí que surge a magia. Chamo isso de magia por não achar outra palavra melhor. Uma energia que não tem forma nem cor perpassa a sala. Vinda de onde? De dentro da mulher que lá está dando à luz? Energia que, por um breve instante, é palpável. Um instante muito rápido. Algo de selvagem, grandioso, violento como a vida e a morte.”<sup>1</sup>*

## **AGRADECIMENTOS**

A Suely, minha orientadora, por despertar em mim, nas aulas do Mestrado, o interesse e a identificação com a pesquisa qualitativa;

Aos sujeitos do estudo que, gentilmente, cederam seu tempo para contribuir com os dados e a realização da pesquisa;

A minha amiga Eli que, com seu bom senso e serenidade, estimulou o meu lado humanístico.

A minha amiga Elyane, pelo companheirismo e pelo estímulo para a realização dos estudos do Mestrado;

A minha amiga Anne Claire (Lala), pelo companheirismo de longa data e pela revisão ortográfica do trabalho;

A todos os companheiros de jornada do Centro Obstétrico;

A todos os amigos companheiros da vida;

Aos meus familiares incondicionalmente.

## RESUMO

Este trabalho buscou conhecer a percepção sobre o parto vertical, de obstetras que vivenciam a assistência humanizada ao parto na Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, desde sua implantação, e, especificamente, identificar suas atitudes antes e após o seu envolvimento com a assistência humanizada ao parto, assim como, suas possibilidades e limitações. Para alcançar esses objetivos foi utilizado o método qualitativo de pesquisa. O tipo de estudo foi o Estudo de Caso. A técnica de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, em profundidade, com oito profissionais do corpo de obstetras desta maternidade. A análise dos dados foi efetuada pelo método Análise-Reflexão-Síntese. Os dados revelaram que a especialização dos sujeitos preparou-os para uma assistência profissional impessoal e tecnicista, fatores reponsáveis por sua insegurança quando se depararam com um novo modelo de assistência centrado nas necessidades da parturiente, respeitando a fisiologia natural do parto, pouco intervencionismo médico e presença de acompanhante. O modelo humanizado, inicialmente, representou uma ameaça, mas foi evoluindo positivamente à medida que iam experienciando-o. O exercício da nova experiência promoveu nos sujeitos transformações que os fizeram resgatar a subjetividade dos envolvidos neste processo, iniciando pela parturiente/RN/família, equipe multidisciplinar, neles próprios e até em suas famílias. Atualmente, sentem-se mais satisfeitos com o trabalho desenvolvido, desejando transmitir este modelo de assistência a outros colegas e instituições, incluindo as responsáveis por serviços e as formadoras de profissionais.

**Palavras chave:** obstetras, parto vertical, assistência humanizada.

## ABSTRACT

This study intended to know the obstetrician's perception about vertical birth and humanised assistance of childbirth at Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina since its implantation and specially to identify their attitude before and after their involvement as well as the possibilities and limitations. To reach these objectives the qualitative method of research was used. The type of study was the case study. The technique of data collection was the in depth semi-structured interview with eight professionals of the obstetric core of this maternity. Data analysis was carried out through the analysis-reflection-synthesis. Data revealed that the specialisation of the citizens prepared them for an impersonal and technical professional assistance, which were factors attributing for their insecurity when they faced the new model of assistance based in the necessities of the labouring woman, respecting the natural physiology of the childbirth, little medical interventionism and presence of companion. The humanisation model, initially, represented a threat, but it was felled positively with the experience. The exercise of the new experience promoted in the subjects changes that had made them rescue the subjectivity of those involved in this process initiating by the labouring woman/new-born/family, multidiscipline team, in themselves and even in its families. Currently, they feel more satisfied with the developed work, desiring to transmit this model of assistance to the other colleagues and to institutions, including the responsible for somation and for services..

**Key Words:** vertical birth, professional obstetrics, humanised assistance.



## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>viii</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
2.1 - OBJETIVO GERAL .....	19
2.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
<b>3. PRESSUPOSTOS.....</b>	<b>20</b>
<b>4. MÉTODO .....</b>	<b>22</b>
4.1 - O CONTEXTO DA PRÁTICA.....	23
4.2 - O TRABALHO DE CAMPO.....	25
4.2.1 – ENTRANDO NO CAMPO.....	25
4.2.2 – FICANDO NO CAMPO.....	27
4.2.3 – SAINDO DO CAMPO.....	28
4.3 – ANÁLISE DOS DADOS .....	28
<b>5. OS ENTREVISTADOS E SUA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL.....</b>	<b>29</b>
5.1 – O PARTO APRENDIDO E PRATICADO .....	29
5.2 – O PARTO REAPRENDIDO NA MATERNIDADE DO HU.....	31
5.2.1 – REAÇÃO INICIAL À FILOSOFIA DA HUMANIZAÇÃO AO PARTO... 31	
5.2.2 – A PRÁTICA DO NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO .....	33
5.3 - A PERCEPÇÃO DAS POSSIBILIDADES.....	33
<b>6. O RESGATE DO SER HUMANO NA PRÁTICA DO MODELO</b>	
<b>HUMANIZADO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO.....</b>	<b>38</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>46</b>
<b>BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>59</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Antes de iniciar meus estudos no curso de medicina, fiz um curso de atendente de enfermagem, em 1980, com duração de três meses. Conheci toda a rotina de um hospital, acompanhei os serviços e também prestei assistência nas enfermarias de clínica médica, cirúrgica, pediátrica e ginecológico-obstétrica. Minha decisão de ser médico já estava tomada, mas a de ser “parteiro” aconteceu no transcorrer deste curso.

Durante o curso de medicina, mantive o ideal de ser obstetra, e, após formação acadêmica, entrei para a residência médica em ginecologia e obstetrícia.

A formação que recebi e a prática que vivenciei, tanto em estágios curriculares da graduação, como na residência, baseada na literatura obstétrica dominante e nas rotinas do serviço, fizeram-me incorporar a concepção de um profissional obstetra que deveria coordenar, ativamente, todo o processo do parto, conduzindo as atitudes da mulher, a qual deveria manter-se da forma mais passiva possível, obedecendo aos comandos do obstetra. Este também não deveria permitir a entrada de acompanhantes na sala de parto, baseado na hipótese de que eles atrapalhariam o andamento do processo. Os dois tipos de parto praticados eram o cesáreo e o normal horizontal, sendo que neste, a episiotomia era feita de rotina, para prevenir incontinência urinária e lacerações perineais. Além disto, devido a uma série de fatores, entre eles, a grande demanda do serviço, o obstetra deveria preocupar-se em acelerar o processo de parto, geralmente lançando mão do uso de ocitócitos, visto que outras parturientes aguardavam o seu momento de parir.

Na residência médica em Ginecologia e Obstetrícia, o serviço era muito e o tempo para estudo pouco. As reuniões eram rápidas e abrangiam aspectos administrativos, revisões de artigos e seminários. A prática era enfatizada e o dia passava, na realidade, entre visitas às enfermarias, atendimento ambulatorial, cirurgias, salas de pré-parto e parto. O número de nascimentos chegava a mais de 500 por mês.

Davis-Floyd identifica que o “modelo tecnocrático” do nascimento é o que envolve as práticas obstétricas conservadoras e hegemônicas na cultura ocidental. Este modelo de assistência ao parto deriva da visão mecanicista da realidade, gerado a partir da revolução científica na Europa. Para a autora, o modelo biomédico é baseado na ciência, influenciada pela tecnologia, e conduzido por instituições que possuem em sua filosofia fundamental valores como o patriarcado, o tecnicismo e a supremacia da instituição sobre o indivíduo.<sup>2</sup>

Essa realidade vem ao encontro do que afirma Brüggemann, de que a prática do mundo moderno transformou o parto em um acontecimento freqüentemente cirúrgico e com a utilização indiscriminada de tecnologia, transformando a mulher num agente passivo, tomando-lhe o ato de parir.<sup>3,4</sup>

No final da residência médica, prestei concurso público no qual fui aprovado, e, ao término dela, fui contratado para a Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), ainda em fase de estruturação.

Iniciei meu trabalho no HU/UFSC, participando de reuniões em busca de um processo de construção de uma maternidade que prestaria assistência ao parto baseada em princípios de uma filosofia humanística (Anexo I), com perspectiva em que buscava a humanização e a interdisciplinaridade, resgatando a questão da parturiente ser a protagonista do seu próprio parto, permitindo opção pela posição no parto normal (horizontal ou vertical) e a presença de acompanhante durante todo o período de internação. Esse processo de discussão já havia começado em 1984, quando se constituiu a Comissão Pró-Implantação da Maternidade do HU, que defendia, como modelo de assistência, o do Centro Latino Americano de Perinatologia (CLAP).<sup>5</sup>

A Comissão de Implantação da Maternidade do HU foi designada, oficialmente, pela direção do HU, em abril de 1988, e atuou até 1989, quando se desfez, e os trabalhos foram interrompidos, por quatro anos, devido a razões político-administrativas, que não cabem ser aqui polemizadas.<sup>5</sup>

No ano de 1992, a nova direção do HU assumiu como meta prioritária de sua gestão, a ativação da maternidade, e os trabalhos foram retomados, tendo a

maternidade sido ativada, após 11 anos de trabalho da referida comissão, em outubro de 1995.<sup>5</sup>

Em 1996, a OMS, num documento de Assistência ao Parto normal – Um Guia Prático classificou as ações da assistência perinatal em quatro categorias de práticas: as que devem ser encorajadas; as que devem ser abandonadas; as que devem ser utilizadas com cautela; e, as inapropriadas. Este guia é de fácil compreensão e as ações podem ser implementadas, sem dificuldade, se a equipe profissional reconhecer a mulher/parturiente/puérpera e família como protagonistas do processo de nascimento.

Apesar de todo o avanço científico e tecnológico, o que se constata é uma medicina cada vez mais especializada e fragmentada que não dá conta de todos os males que afetam a humanidade. Daí, a necessidade de se ampliarem os recursos terapêuticos de modo a atingir a totalidade do ser humano, ou seja, é necessário um novo estado de consciência em que se priorize a abordagem do homem como um ser integral, assim como da mulher em seu momento único e profundo – o trabalho de parto.

Na minha vivência, no processo de discussão da implantação da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), observei que, entre os obstetras, apenas um deles defendia o parto na posição vertical, enquanto os demais, entre os quais me incluía, apresentavam resistência a este tipo de parto, pois o parto de cócoras era considerado uma forma primitiva de parir. A presença do acompanhante também era considerada, pela maioria, como não benéfica, tanto para a parturiente, como para o “bom andamento” do serviço.<sup>5</sup>

Apesar do clima democrático reinante, os obstetras não quiseram aderir, na época, a uma mudança de atitude, e a equipe de implantação da maternidade teve que impor aos obstetras mais resistentes, a aceitação do acompanhante em todo o processo de internação e o respeito à escolha da parturiente em relação à posição no parto. Os obstetras, a contragosto, tiveram que seguir as normas da Instituição, porém com a convicção de que, em breve, tais medidas seriam prejudiciais ao serviço, e, conseqüentemente, as normas tradicionais voltariam a vigorar.<sup>5</sup>

A maternidade foi inaugurada no dia 24 de outubro de 1995, com apenas um obstetra assistindo o parto na posição vertical e a entrada de acompanhante era restrita à participação em, pelo menos, uma consulta do pré-natal. No entanto, antes de completar um mês de atividades, não houve mais restrições para a entrada do mesmo e sua escolha era determinada pela parturiente.

Atualmente, fazem parte do corpo clínico de obstetras da Maternidade do HU/UFSC trinta profissionais, sendo que quatorze deles atuam desde o início de suas atividades. No meu exercício como obstetra nessa Maternidade, observei o quanto enganado estava. Era resistente à prática do parto vertical e à presença de acompanhante, pois na minha formação não vivenciei este tipo de assistência. O medo do novo? Percebi que a presença do acompanhante não causava transtornos ao atendimento como era esperado, pois a angústia de não estar ao lado da pessoa querida em um momento tão especial era motivo de revolta e inconformismo dos familiares, o qual vivenciei em todo o período de minha residência médica. Certamente, pelo fato de ter alguém de sua “confiança” dentro daquele ambiente estranho e numa hora tão singular, a parturiente conseguia ter mais confiança em si e se sentia mais calma e protegida. Da mesma forma, seus familiares, por saberem que alguém da família estava com ela, sentiam-se mais tranquilos e não sobrecarregavam o serviço com telefonemas e solicitações de informação.

Nesses dez anos de serviços prestados à comunidade de Florianópolis e de Santa Catarina, através da Maternidade do HU, pude observar mudanças significativas na atenção prestada por mim e todos os colegas do corpo clínico às parturientes e seus familiares no processo de nascimento. Este novo modelo de assistência ao parto, que destaca a valorização do parto vaginal, a atenção carinhosa e humana para com a grávida, a preservação da relação de respeito médico-parturiente, o estímulo de parcerias com os colegas, enfermeiras obstétricas, anestesiológicas e neonatologistas, e a necessidade de compartilhar experiências, me propiciou a compreensão de sua importância na melhoria da qualidade da assistência perinatal.

Fui o segundo obstetra do grupo de implantação da maternidade do HU a realizar partos na posição vertical, seis meses após sua abertura, e a atender a parturiente não só em suas necessidades fisiológicas, mas considerando sua singularidade como ser humano.<sup>7</sup>

Assim, passei a estimular esta prática da presença do acompanhante durante todo o processo parturitivo e a respeitar a opção da paciente pelo parto de cócoras, vendo-o como uma posição de parir com maior liberdade de movimentos para ela e com menos necessidade de intervenção por parte do obstetra. Além de outras vantagens, o parto na vertical reduz a necessidade de episiotomia e, portanto, incide em menor agressão à parturiente.<sup>3</sup>

O quadro abaixo mostra a evolução do parto vertical na Maternidade/HU/UFSC.

ANO	TIPO DE PARTO		
	HORIZONTAL	VERTICAL	TOTAL
1995 *	131	03	134
1996	951	83	1034
1997	785	377	1162
1998	695	415	1110
1999	727	445	1172
2000	607	607	1214
2001	497	724	1221
2002	321	854	1175
2003	312	631	943
2004	247	689	936
2005	202	764	866

**Fonte: Serviço de Enfermagem do Centro Obstétrico da Maternidade HU/UFSC.**

**\* De 25/10 a 31/12/1995.**

Estudos recentes publicados pela Biblioteca Cochrane, a partir do ano 2000, demonstram claramente que o suporte intra-parto deve ser oferecido rotineiramente às mulheres e deve incluir presença contínua do acompanhante (quando a mulher desejar), oferecendo conforto físico e incentivo verbal.<sup>8</sup>

Essas mudanças me fizeram crescer e me sentir mais realizado pessoal e profissionalmente, dando-me plena satisfação com o trabalho realizado e abrindo novos caminhos na minha carreira de obstetra. Estimulou-me a buscar mais conhecimentos sobre as práticas culturais de parto e nascimento, a conhecer outros serviços que prestam atenção diferenciada à parturiente, a participar de encontros, conferências e congressos relacionados ao nascimento e à amamentação e a difundir a experiência vivenciada para outros serviços e profissionais que estão em busca de melhorias na atenção ao processo de nascimento.

Conseqüentemente, com base nas evidências, comecei a refletir sobre as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) (1996), da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), e do Ministério da Saúde (MS), as quais reforçam a necessidade de uma assistência mais efetiva ao parto, centrada nas necessidades das parturientes e não nas das instituições e dos profissionais. E, também, sobre o objetivo principal da obstetrícia, que é de preservar a integridade da saúde materna e de proporcionar ao recém-nascido todo o potencial que permita seu desenvolvimento pleno somático, neurológico e psíquico.<sup>9</sup>

O uso de posições ortostáticas para o parto, como de pé, ajoelhada, sentada em uma cadeira especial ou de cócoras é comum em muitas culturas. Apesar disso, em muitos hospitais espera-se que as mulheres adotem posições de decúbito para o parto. Obrigá-las a adotarem posições incomodas ou desconfortáveis só se justificam se houver bons indícios de que a conduta traz grandes vantagens para a saúde da mãe ou do feto.<sup>8</sup>

Conforme os relatos de Balaskas, confirmando as evidências históricas, diversas tribos primitivas adotavam várias posições de parto segundo seus próprios costumes, mas, muito importante, seguindo seus instintos. Cerca de quarenta posições foram documentadas e suas vantagens muito discutidas. Segundo a mesma autora, “mulheres de diferentes tribos ficavam de cócoras, de joelhos, de pé, inclinadas, sentavam ou se deitavam com o ventre para baixo”, e, também, “assumiam diferentes posições em diferentes períodos do trabalho de parto e em partos difíceis”.<sup>10</sup>

Convenientemente, em meados do século XV, Madame de Montespan, amante de Luís XIV, da França, foi a primeira mulher que a história registra como tendo deitado para dar à luz, a qual pariu em posição recumbente para que ele pudesse assistir o parto por detrás de uma cortina.<sup>10</sup>

A invenção do fórceps pelos irmãos Chamberlain, na França, no século XVIII, tornou a posição de decúbito dorsal a mais confortável para sua aplicação no parto de mulheres aristocratas. A popularidade deste instrumento levou ao desuso da cadeira de parto, anteriormente utilizada para que as mulheres pudessem dar à luz a seus filhos.<sup>3,10</sup>

No século XIX, a introdução do parto sob anestesia reforçou a posição em decúbito dorsal ou lateral para a realização do parto. A Rainha Vitória, na Inglaterra, foi a primeira mulher na qual se divulgou o uso de clorofórmio durante o trabalho de parto.<sup>10</sup>

Desse modo, essas posições tornaram-se mais convenientes aos atendentes de parto e confinaram as mulheres à cama. Em “total desacordo com a força da gravidade e com a sensação de independência que advém natural e instintivamente do dar à luz ativamente”, ofereciam apenas a vantagem de uma esplêndida vista àquele que fazia o parto.<sup>10</sup>

Corroborando Balaskas, Tedesco refere que “a mulher, na sua trajetória pela história do mundo, sempre pariu na posição vertical. Somente há cerca de trezentos anos, quando o médico se assenhoreou do parto, é que se oficializou o parto em decúbito horizontal”, posição que perdura até os dias atuais. “Se a mudança de postura da parturiente foi atribuída, inicialmente, à facilidade para execução de manobras obstétricas (a maioria delas, hoje em absoluto desuso), a sua manutenção permite outras abordagens e outros questionamentos”. Por que os obstetras resistem em aceitar o parto em outra posição que não a horizontal? “Mais uma vez, parece que a onipotência se expressa claramente. Ao manter a parturiente deitada, o obstetra, de pé, assume o controle, domina, impõe.”<sup>9</sup>

Sabatino, discorrendo sobre parto vertical, lembra que em 1954 o médico norte-americano Howard chamava a atenção sobre o erro médico de colocar a parturiente em posição horizontal, mas seus trabalhos e idéias foram esquecidos pela medicina. Na década de 60 o professor Caldeyro-Barcia e o Dr. Perussi sugerem e idealizam a utilização de uma cadeira para realizar partos na posição verticalizada e assim evitar a posição horizontal. Tais idéias e sugestões, por motivos desconhecidos, não são aceitos pela maioria dos obstetras.<sup>11</sup>

Na década de 70 o perinatologista inglês Peter Dunn postula os principais mecanismos fisiológicos que prejudicam mãe-feto quando a mulher é colocada em posição horizontal durante o período expulsivo do parto.<sup>11</sup>

Nos anos 80, no Brasil, o professor Galba de Araújo, em Fortaleza, e o Dr. Moisés Paciornick, em Curitiba, cada um a sua maneira, defenderam princípios que



humanizam o parto e nascimento, permitindo corrigir erros cometidos pela obstetrícia convencional.<sup>11</sup>

Evidências recentes, principalmente nas últimas décadas, determinam uma crescente desilusão com a aplicação rotineira da alta tecnologia obstétrica. Isto levou muitos pesquisadores a explorarem a fisiologia normal do parto, como Odent, Enkin, entre outros. O peso da gravidade coopera com as contrações uterinas (que se tornam mais eficientes e intensas para a dilatação do colo) e esforços expulsivos, pois é mais fácil para qualquer objeto cair em direção à superfície da terra do que deslizar paralelamente, ou seja, nas posições verticais, o corpo gravídico está em harmonia com o sentido da força gravitacional.<sup>3,10</sup>

Conforme Odent (2000), chefe do serviço de obstetrícia da Maternidade do Hospital Geral de Pithiviers, na França, a concepção obstétrica é tentar não atrapalhar a fisiologia normal, muito diferente da prática convencional baseada no controle. Neste serviço, as mulheres em trabalho de parto têm a possibilidade de seguir seus instintos, caminhar, e tentar posições que sejam possíveis e confortáveis. Ele e seu corpo de obstetrizes (parteiras e enfermeiras obstétricas), junto com as grávidas, descobriram muitos meios de apoio físico durante as contrações e o parto. Não são utilizadas monitorização fetal contínua, medicamentos ou fórceps. As episeotomias e as induções são realizadas muito raramente. O ambiente físico e humano tem uma atmosfera mais caseira do que hospitalar, pois os familiares ficam à disposição durante todo o parto e os pais participam e oferecem seu apoio. Respeitando os direitos das mulheres, recém-nascidos e famílias em vivenciarem uma maternidade segura e prazerosa, o método, por ele preconizado, vem ao encontro das necessidades recentes de recuperar os elementos subjetivos da comunicação entre médico e paciente, esquecidos pela medicina, ao perseguir um caminho baseado exclusivamente na instrumentação técnica e na objetividade dos dados.<sup>12</sup>

Dentre os estímulos que me chegaram e que ainda chegam, inscrever-me para o mestrado de Ciências Médicas da UFSC foi um deles.

A motivação para a escolha do tema a ser investigado: “PERCEPÇÃO DE OBSTETRIZAS SOBRE A ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO NA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA” ocorreu porque esta Maternidade é uma das poucas que adere à maioria

dos princípios de humanização. Nela, a humanização “não é apenas uma palavra, mas um conjunto de ações voltadas à construção de um ‘novo’ modelo assistencial, que implica em considerar na mulher parturiente/RN/família os sujeitos do processo de nascimento e os determinantes das ações de saúde, executadas pelos profissionais que atuam na sua assistência”.<sup>13</sup>

Considerando as referências teóricas que comprovam as vantagens da assistência ao parto centrada nas necessidades da parturiente, com especial destaque às recomendações da OMS/OPAS (1996), e MS (2001) , porém com pouca adesão de serviços e de profissionais que prestam assistência ao parto seguindo estas recomendações, é de fundamental importância construir conhecimentos sobre esta prática na visão daqueles que a experienciam, as quais possibilitem um “novo olhar” dos profissionais que atuam na assistência ao parto e dos responsáveis por diversas instituições, desde as formadoras de profissionais até às prestadoras de serviço.<sup>3,14,15</sup>

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

Conhecer a percepção de obstetras sobre prestar assistência ao parto, no modelo de atenção humanizada da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, desde sua implantação.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Identificar a atitude desses obstetras antes do seu envolvimento na assistência obstétrica humanizada;
- Identificar a atitude desses obstetras depois do seu envolvimento na assistência obstétrica humanizada;
- Identificar as possibilidades e limitações que eles vivenciam na prática do modelo “humanizado” de assistência.

### 3. PRESSUPOSTOS

A pesquisa tem como pressuposto afirmações provisórias de um determinado problema em estudo; traduz os entendimentos do olhar do pesquisador a respeito da realidade a ser pesquisada. É utilizado em pesquisa qualitativa em substituição ao termo hipóteses, porque as hipóteses traduzem um comportamento positivista e se sustentam por uma teoria básica, onde as conclusões de uma pesquisa resultam em respostas objetivas, por meio de provas estatísticas e matemáticas.<sup>16</sup>

Todo o trabalho foi guiado pelos pressupostos:

- \_ Os principais atores do parto são a mulher/família e a criança;
- \_ A mulher deve ser respeitada na sua escolha em relação à posição que deseja assumir no período expulsivo do parto, não devendo ser vista como objeto no processo;
- \_ O apoio psico-emocional contínuo durante o trabalho de parto faz dele uma experiência positiva, podendo reduzir a incidência de cesariana e do parto instrumental, bem como o tempo de sua duração;
- \_ A humanização do parto requer atitude cuidadosa e respeitosa, equipamentos e atenção de qualidade no atendimento, bem como estímulo à presença do acompanhante;
- O modelo de humanização do parto resgata a subjetividade dos profissionais e pacientes, fator ausente ou pouco presente no ensino e na prática da obstetrícia;
- A prática do modelo humanizado de assistência ao parto traz satisfação e tranquilidade a todos os atores envolvidos no processo de nascimento, desde os profissionais de saúde, parturiente, família, etc.;
- \_ É imprescindível construir conhecimentos que propiciem a divulgação de modelos de assistência ao parto e que respeitem sua fisiologia natural;

\_ A percepção dos profissionais que vivenciam a assistência humanizada ao parto pode contribuir para a construção de conhecimentos sobre este modelo de assistência;

\_ O método qualitativo é o mais adequado para captar a percepção dos profissionais envolvidos.

## 4. MÉTODO

A pesquisa é uma atividade básica da Ciência, alimenta o ensino e contribui como força construtora e atualizadora da realidade do mundo. Embora seja teórica, a pesquisa vincula o pensamento à ação.<sup>16</sup>

Na busca de conhecimento, dois métodos são usualmente utilizados: o quantitativo e o qualitativo. Contudo, quando se trata de pesquisa com seres humanos, os métodos qualitativos são mais apropriados porque “consideram que os fenômenos são construídos pela subjetividade humana em seus significados culturais e afetivos, particulares e coletivos”.<sup>17</sup>

As diversas dimensões do ser humano focalizando a coletividade e valorizando o individual, uma vez que cada indivíduo, único e subjetivo, participa da construção e do desenvolvimento do coletivo, são premissas da metodologia qualitativa. A dimensão individual busca compreender o máximo possível de um dado fenômeno, por meio do conhecimento das múltiplas dimensões: biológicas, afetivas, ambientais, espirituais, educacionais, sociais e organizacionais e as conexões que constroem todo o contexto.<sup>17</sup>

O **método qualitativo** foi utilizado para abordar os significados de obstetras sobre a assistência ao parto com proposta humanística, sendo o tipo de estudo, o **Estudo de Caso**.<sup>17,18,19</sup>

O estudo de caso consiste na observação detalhada de um contexto, ou indivíduo, de uma única fonte ou de um acontecimento específico. Pode referir-se a um ou mais casos.<sup>19</sup>

Patrício (1999) propõe uma trajetória da pesquisa qualitativa composta por três momentos interligados: “entrando”, “ficando” e “saindo do campo”, que ocorrem a cada encontro, no ambiente ou no interior do mundo dos sujeitos, denominado “trabalho de campo”.<sup>17</sup>

“*Entrando no campo*” é a fase inicial da pesquisa e consiste no conhecimento do local, na aproximação e escolha dos sujeitos, na apresentação da proposta da pesquisa e dos preceitos éticos aos sujeitos, na elaboração do projeto

piloto, na negociação sobre os detalhes de operacionalização do estudo, referentes a dias, horários e locais apropriados para os encontros e estabelece os instrumentos de coleta dos dados.

Na realização do projeto piloto, o pesquisador deve “ter o documento assinado de aceitação do estudo pelos sujeitos e, ao mesmo tempo, deixar com os sujeitos um documento assinado por ele referente às questões éticas e seus futuros compromissos com a devolução dos dados, se for apropriado ao estudo” .<sup>17</sup>

“*Ficando no campo*” é o momento da permanência no campo e consiste em diferentes etapas de interação entre o pesquisador e os sujeitos. É nessa etapa que o pesquisador coleta os dados, seguindo os mesmos preceitos éticos do projeto piloto. Registra-se tudo: as observações, as reflexões do observador e a análise, “visto que esta é feita no decorrer do processo de levantamento de dados” <sup>14</sup>. Essa fase inicia quando o pesquisador começa a coletar os dados e continua quando retorna aos sujeitos para validar e, se necessário, coletar novos dados. Quando o pesquisador necessita esclarecer alguns pontos que não ficaram claros na transcrição da entrevista ou para coletar mais dados, novos encontros também podem ocorrer. A interação entre o pesquisador e os sujeitos do estudo possibilita que o mesmo perceba algo específico em cada um dos sujeitos e pontos em comum a todos, de modo que outras categorias, além daquelas que surgiram na elaboração das questões que nortearam a pesquisa, possam emergir. <sup>17</sup>

De acordo com Patrício (1999) a fase “*Saindo do campo*” caracteriza-se pelas “despedidas, agradecimentos ou encaminhamentos futuros ou mesmo pode representar o encontro ou reencontros para a apresentação e devolução dos dados”. Pode estar acontecendo gradativamente no decorrer da coleta de dados, mas tem seu caráter específico no final deste. Esses momentos tanto podem significar o final do estudo quanto o início de outros. <sup>17</sup>

#### **4.1 Contexto da Prática**

Para facilitar o entendimento deste estudo é necessário situar a Instituição e os caminhos percorridos nestes anos dedicados à assistência,

ensino, pesquisa e extensão, em especial, a elaboração e concretização da Filosofia de Atendimento adotada na Maternidade.

O HU, órgão integrante da UFSC, está vinculado ao Ministério da Educação e Cultura, e localiza-se no Campus Universitário, situado no bairro Trindade, em Florianópolis, Santa Catarina.

É uma unidade hospitalar de grande porte, de nível terciário de complexidade e de clientela exclusiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui uma área total construída e ocupada de 25.185 m<sup>2</sup>, distribuída em 10 unidades nas áreas de clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia, pediatria e neonatologia, têm ambulatório geral e de especialidades. Têm capacidade para 304 leitos de internação, porém 58 ainda não foram ativados. Somam-se a este número, 19 leitos de apoio distribuídos entre as unidades de centro obstétrico, terapia intensiva, emergência e tratamento dialítico.

Seus princípios sempre estiveram alicerçados em uma filosofia de humanização da assistência e na crença de que a saúde está relacionada às condições de vida, que os serviços de saúde devem atender integralmente o homem, com qualidade, buscando gerar mudanças na assistência e no ensino, por meio da multidisciplinaridade.

A maternidade divide-se em 5 unidades: Triagem Obstétrica (T.O.), Centro Obstétrico (C.O.), Unidade Neonatológica (NEO), Unidade de Alojamento Conjunto (A.C) e Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM).

O Centro Obstétrico é composto de 4 leitos de pré-parto; uma sala com dois leitos, sendo um de observação e outro para realização de cardiotocografia (CTG); 4 leitos de recuperação pós-anestésica utilizados para o período de Greemberg ou recuperação de anestesia por procedimento cirúrgico com conceito, e 4 berços aquecidos destinados aos recém-nascidos; duas salas para parto normal horizontal ou vertical; uma sala cirúrgica para cesarianas, curetagens e outros procedimentos; uma sala de atendimento para o recém-nascido, salas para guarda de material estéril e de consumo, e quartos para repouso médico e de enfermagem.



Cabe ressaltar que o acompanhamento da mulher parturiente durante o processo de nascimento, é feito por todos os membros da equipe de saúde, cada um de acordo com a sua especificidade, mas todos buscando vislumbrar um cuidado mais humanizado.

Sendo um hospital escola, recebe alunos dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia que estão nos últimos períodos. Portanto, mesmo sendo uma área restrita, tem uma população flutuante de estudantes atuando, também, na assistência à mulher parturiente/RN/família.

Desde dezembro de 1997, o HU é considerado pela UNICEF/OMS/MS, Hospital Amigo da Criança. Em 2000, recebeu do Ministério da Saúde o IIº Prêmio Galba de Araújo como reconhecimento pelos serviços prestados à saúde da mulher e da criança.<sup>13</sup>

## 4.2 O Trabalho de Campo

O estudo começou em 2004, quando iniciei a pesquisa bibliográfica sobre o tema e sobre o método, elaborei o projeto e, posteriormente, testei os instrumentos do projeto piloto. A elaboração final da dissertação foi iniciada em maio de 2006, findando em julho de 2006.

### 4.2.1 Entrando no Campo

Após elaboração do projeto, este foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, em 07 de junho de 2004, sob número 202, tendo sido aprovado em 28 de junho de 2004 (ANEXO VI).

Em 19 de agosto de 2005, iniciei o projeto piloto.

Os **sujeitos do estudo** (totalizando **oito**) foram selecionados aleatoriamente, por sorteio, estratificados por sexo, do universo de quatorze profissionais médicos obstetras que trabalham na Maternidade do Hospital

Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, e que será detalhado adiante.

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a **entrevista semi-estruturada em profundidade** <sup>16</sup>, registrada por gravador. O roteiro básico da entrevista, em um primeiro momento, buscou a identificação dos sujeitos a partir de informações tais como idade, sexo, estado civil, especialidade, tempo de formação como médico, tempo de atuação como médico, tempo de atuação como obstetra da Maternidade do Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina, local da entrevista; data da entrevista; hora da entrevista; número de encontros e registro da identidade. As questões norteadoras foram: 1) Como foi sua reação ao saber que para trabalhar na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina você deveria prestar assistência humanizada ao processo de parto/nascimento? 2) Como você prestava assistência ao parto antes de vir trabalhar no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina? 3) Atualmente, o que representa este tipo de modelo de assistência para você? 4) Repensando seu caminho como obstetra, este modelo teve alguma influência em sua vida? Quais?. <sup>19</sup>

O **projeto piloto** foi realizado com quatro médicos, sendo dois do sexo masculino e dois do sexo feminino. O contato com esses profissionais foi pessoal e individual. Falei de forma breve sobre os objetivos e a importância do tema. Após esse contato, fiz o convite de participação no estudo. Todos os quatro aceitaram, quando, então, foi marcada a entrevista em local, data e hora, de acordo com a conveniência de cada um. No momento da entrevista, expliquei, mais uma vez, a cada um dos quatro sujeitos, os objetivos da pesquisa, bem como a minha disponibilidade em esclarecer quaisquer que fossem os pontos por eles a elucidar. Reforcei o meu compromisso em manter sigilo e anonimato e de apenas divulgar os dados após o consentimento de cada um deles, constantes nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (n.º 196/96). Naquela oportunidade, solicitei autorização para gravar a entrevista e indaguei se ainda queriam permanecer como sujeitos da pesquisa. Com a concordância deles (os sujeitos da pesquisa), entreguei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que informa a confidencialidade das informações, e solicitei a assinatura do entrevistado e a anotação do número do registro da identidade (Apêndice 2). Os sujeitos confirmaram a sua participação e concordaram com a gravação da entrevista.

Ao iniciar a entrevista, solicitei primeiro que cada um escolhesse um codinome para garantir o anonimato. Iniciei a entrevista, gravando-a e, ao final, perguntei a todos os sujeitos entrevistados se tinham algo a acrescentar. Todos disseram que não.

A simbolização com quatro imagens de revista para dar mais subsídios às respostas da segunda e terceira questão e facilitar o aparecimento do pensamento não formal era uma proposta, porém, não foi utilizada, pois os entrevistados não concordaram em aderir a esta estratégia.<sup>17</sup>

Após término do projeto piloto e inclusão dos quatro entrevistados no estudo, visto não ter havido alterações no instrumento, além da exclusão do recurso da simbolização, foram sorteados mais quatro a serem entrevistados, totalizando **oito sujeitos**, o que corresponde a mais de 50% dos profissionais médicos obstetras que participaram do grupo de implantação da maternidade. Parti, em seqüência, para a próxima etapa que é “ficando no campo”, utilizando o mesmo instrumento validado na etapa “entrando no campo”.

Em virtude de o primeiro entrevistado ter escolhido o nome de uma flor como codinome, os outros também escolheram codinomes de flores.

#### 4.2.2. Ficando no Campo

Permaneci coletando dados, pesquisando e analisando de agosto/2005 a janeiro/2006.

A cada encontro, seguia os passos do projeto piloto. O tempo de entrevista variou de uma a duas horas com a maioria dos sujeitos.

A todos os entrevistados retornei para validar a entrevista e entreguei a transcrição. Perguntava-lhes se o texto encontrava-se em consonância com o que haviam falado na gravação e se desejavam modificar qualquer ponto da transcrição. Nenhum dos entrevistados alterou os dados coletados nas entrevistas.<sup>17</sup>

#### 4.2.3. Saindo do Campo

A despedida ocorreu em maio de 2006, quando retornei aos entrevistados com a redação final dos dados e da análise, conforme seriam registrados no texto da dissertação. Nenhum dos sujeitos alterou o texto final.

#### 4.3. Análise dos Dados

A análise dos dados seguiu os princípios da abordagem holístico-ecológica preconizada por Patrício desde 1995, ou seja, processo de análise-reflexão-síntese, desde o início da fase “ficando no campo” .<sup>17</sup>

Enquanto a análise decompõe os dados, a síntese os integra às diversas dimensões e contextos de vida dos indivíduos, sendo ambos os processos mediados pela reflexão crítica, afetiva e intuitiva, associando razão e sensibilidade. A discussão dos dados foi feita à luz da literatura sobre o tema.

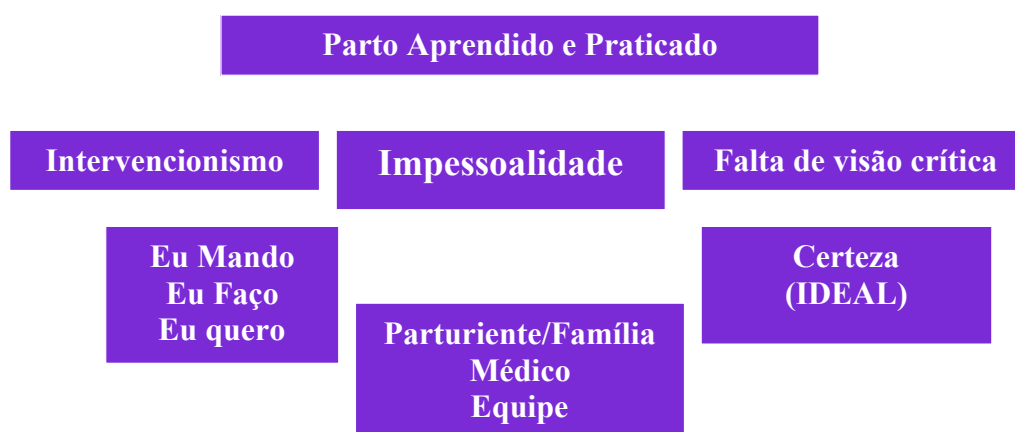
## 5 OS ENTREVISTADOS E SUA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

Tulipa, Rosa, Violeta e Camélia são do sexo feminino e Orquídea, Lírio, Begônia e Cravo do masculino. Com exceção de Camélia e Orquídea, que são solteiros, os outros são casados. Todos têm idade entre 37 e 47 anos, são formados há mais de dez anos e trabalham na Maternidade do HU da UFSC, desde a sua inauguração em outubro de 1995.

A seguir, apresento o processo vivenciado pelos entrevistados, desde sua formação profissional até à época atual.

### 5.1. O parto aprendido e praticado

A figura abaixo e as posteriores foram construídas em forma de esquema, para ressaltar as falas dos sujeitos, e, destacar o que perceberam, sentiram e como vivenciaram o “novo modelo” que propiciou mudanças em suas vidas pessoal e profissional.



A sobrecarga de trabalho durante a residência médica, a incorporação do intervencionismo médico e a impessoalidade no processo de aprendizado do parto foram ressaltados entre os entrevistados. Os aspectos referidos incluíam falta de entrosamento entre profissional e parturiente, ausência de suporte emocional de um

acompanhante e realização rotineira de episiotomia, como podem ser observados nos depoimentos a seguir:

Acredito que tenha tido um preparo técnico bom, vivenciando muitas complicações, muitas alterações, mas muito longe do que hoje consideramos um atendimento humanizado ao parto... a gente era uma engrenagem dentro do sistema.... a gente não se apegava a alguns detalhes, a paciente entrava, era admitida, entrava na sala de parto, havia troca de plantão e a gente chegava, já ia atendendo a paciente, não se apresentava, não dizia quem era; isso devia ser uma coisa ruim para a paciente. Um estava acompanhando, outro ia lá e fazia o toque, outro ia lá e fazia o parto. A paciente não tinha uma pessoa de referência durante todo o processo parturitivo (BEGÔNIA).

[...] era o parto tradicional com episiotomia, não tinha acompanhante, as pacientes reclamavam bastante na sala de parto, porque não tinham nenhum apoio, nada. A gente não se ligava em dar muito apoio para a paciente (CAMÉLIA).

Na residência [...] não havia um entrosamento maior com a paciente. [...] o movimento era enorme, de ter 15 a 20 partos por dia, então não dava tempo porque era um atrás do outro. Mal você conseguia fazer um partograma. Tudo era episiotomia, o parto na horizontal, a coisa de não ter muito contato com a paciente, não humanizada, meio máquina, você vai lá e faz o parto, tira a placenta, faz outro parto [...](ROSA).

Cravo mencionou a ausência de uma equipe multiprofissional e caracterizou este tipo de assistência como a “desumanização do parto” e Lírio comentou que as parteiras com as quais teve a experiência de trabalhar durante a residência também aderiam ao atendimento mais ortodoxo. Em suas palavras:

A minha experiência era bem diferente. A gente trabalhava com as parteiras lá – estavam todas em final de carreira – elas trabalhavam bem. Era bem diferente da forma como a gente trabalha hoje em relação à liberdade de deambular, a dieta, bem diferente – uma forma mais antiga.

Orquídea foi o único entrevistado que teve a oportunidade de vivenciar dois modelos de assistência ao parto durante a residência.

Quando me formei e prestei concurso de residência, não tinha nada de humanização. A paciente chegava, ficava internada sozinha, ao Deus dará, isolada, e nós é que assumíamos a posição junto a ela. Dependendo de cada profissional, uns mais humanizados, outros não, extremamente técnicos. Em outro hospital era diferente, a paciente tinha direito a acompanhante e recebia apoio da assistente social e da psicologia. Naquela época, era um serviço que oferecia isso, mas de maneira isolada.

Ao engajarem-se na prática profissional, alguns entrevistados relataram que reproduziam o modelo intervencionista aprendido na residência, incorporado como a forma ideal de realizar-se o parto, sem visão crítica.

Era como na residência, o fator intervencionismo médico. Sempre: eu mando, eu que faço isso, eu que faço aquilo, e interferia de forma que agora a gente considera supérflua, por exemplo: enema, tricotomia, a paciente ficar com as pernas amarradas na mesa de parto, etc. (VIOLETA).

Já Camélia, Lírio e Rosa iniciaram sua prática profissional ao entrarem para a Maternidade do HU/UFSC. Nas palavras de Camélia: “Eu acabei a residência e fui direto trabalhar no HU...”.

## 5.2. O parto “reaprendido” na Maternidade do HU/UFSC



### 5. 2.1. Reação inicial à filosofia da humanização do parto

Para alguns entrevistados, a filosofia do parto humanizado foi acolhida com dificuldade, relutância e pouca clareza.

[...] falava-se muito numa filosofia de assistência que você tinha que deixar o acompanhante entrar e que ia além do que a gente estava acostumada na nossa formação. Então, houve muita dificuldade, muita verbalização, discutia-se bastante isso (TULIPA).

[...] quando eu me inscrevi para o concurso e fui fazer o concurso, essa idéia de que o parto seria diferenciado não era uma coisa muito clara [...] A atitude inicial foi de relutância [...] então, inicialmente, havia um certo temor e alguma resistência [...] (BEGÔNIA).

No começo, fiquei assustada, eu não sabia exatamente o que estava acontecendo, o que era exatamente, que era uma mudança muito grande, naquilo que a gente estava acostumada. Tinha um monte de novidades: episiotomia, acompanhante, tricotomia, e tudo que a gente não estava acostumada a fazer (CAMÉLIA).

Tinham uma relutância a entrada de acompanhante por acharem que sua presença seria no sentido de fiscalizá-los e cobrá-los e não de suporte/apoio à

parturiente e discordavam do modelo proposto para a assistência ao trabalho de parto e parto.

Entre os motivos alegados para tal relutância estava o medo do novo, porque não tinham vivência/conhecimento de práticas ditas humanizadoras. Dois comentaram que ficaram atemorizados, um deles temia perder o controle pessoal sobre o processo parturitivo e outro temia não saber prestar assistência individualizada.

Eu não conhecia o termo “humanização” em forma de atenção, pois a obstetrícia que eu estava acostumada a fazer, aquela que eu aprendi na residência, nunca se falava em humanizar, em prestar assistência diferenciada, em individualizar (TULIPA).

A princípio, a expectativa em relação a isso foi [...] a falta de conhecimento sobre o processo de humanização (CRAVO).

A gente tinha o temor de que isso fosse interferir no dia-a-dia e tal. A gente sabe que, na realidade, era uma questão de insegurança pessoal, né? [...] houve uma resistência natural por ser um comportamento de fugir dos estereótipos que a gente tinha de atenção ao parto [...](BEGÔNIA).

Alguns temiam a interferência negativa da presença do acompanhante.

Era quase que radicalmente contra essa coisa do acompanhante entrar, de participar, como se ele fosse sempre atrapalhar (TULIPA).

[...] um pouco, pela reação do acompanhante, de interferir no trabalho, de repente de agredir,... (ROSA).

[...] a questão do acompanhante ao parto, que era um dos critérios de humanização. E a atitude inicial foi de relutância. Criava-se o temor de virar uma bagunça, de o acompanhante vir a interferir no atendimento de maneira negativa (BEGONIA).

É uma coisa diferente, já que a gente não tinha essa experiência com o pai participando do parto. Em princípio, medo em relação à resposta que ele tivesse sobre as nossas condutas, e, também, ao que poderia ocasionar durante o parto, né? [...] (CRAVO).

Não tinha nenhuma participação do acompanhante, aliás, os contatos com os acompanhantes eram mais agressivos. A família vinha questionar a demora do nascimento, pois eles ficavam fora, longe. (LÍRIO).

Outros receberam com surpresa, mas com curiosidade e interesse.

[...] a reação – a princípio foi de surpresa... uma coisa diferente, já que a gente não tinha essa experiência (CRAVO).

Eu achei interessante e bem diferente da escola tradicional que eu aprendi. Não tinha nem ouvido falar de algum modelo parecido com esse. Vim conhecer aqui no HU [...] Curiosidade de ver o que ia acontecer. Não fui contra as novidades (ROSA).

Eu vi com bastante interesse, uma forma diferente de trabalhar, e que eu queria tomar contato. Ver como é que era. Achei bem interessante. Era



uma forma diferente do que a gente trabalhava. Essa história de a gente colocar o acompanhante, ter mais gente participando, não só o obstetra ali, diferente do que era na residência. Eu achei interessante. Restrições eu não tive, até porque eu não conhecia essa forma de trabalhar (LÍRIO).

Dá prá dizer que fiquei contente. Que era uma coisa que eu sempre gostei de fazer, mesmo que intuitivamente. Acho que desde a residência médica eu tinha essa sensação de que não sou eu a dona do parto, é a paciente que vem para parir. Sou eu que vou ajudar ela a parir (VIOLETA).

Todos concordaram com a importância da discussão, durante o processo de implantação, como fator determinante para a aceitação dessa nova filosofia.

[...] as reuniões, acho que foram importantes para incorporarmos a filosofia do parto humanizado (TULIPA).

Começamos a discutir em relação a isso [...] e a gente começou a perceber isso nas reuniões de implantação da maternidade, foi um processo gradativo (BEGÔNIA).

### 5.2.2. A prática do novo modelo de assistência ao parto

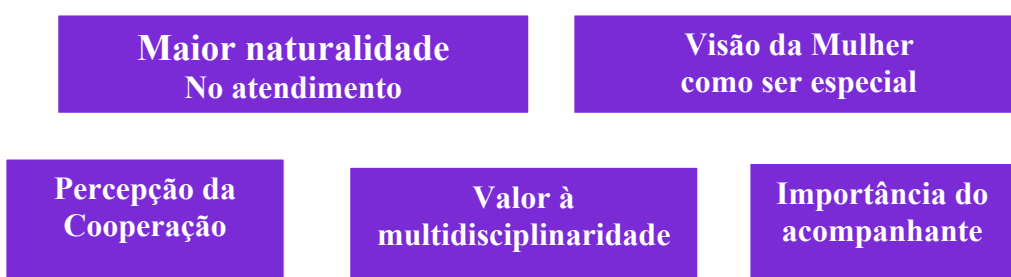
O Parto Vertical, para os sujeitos do estudo, foi o grande símbolo de mudança, levou-os a perceber as possibilidades que o modelo humanizado de assistência proporcionava a eles e às parturientes.

...o parto de cócoras é um parto que veio, justamente, para evoluir a obstetrícia; faz com que as pacientes fiquem satisfeitas, enquanto que nós como profissionais, ficamos mais satisfeitos. Tanto que esse modelo de parto é copiado ou seguido por vários serviços. Antigamente existia um

preconceito em relação ao parto de cócoras, mas hoje, em dez anos de serviço a gente viu que houve uma modificação dessa mentalidade, e isso só veio para crescer o serviço (CRAVO).

O modelo de assistência do HU é o modelo que eu adotei, assumi, inclusive com minhas pacientes particulares, faço as mesmas coisas, parto de cócoras, sem episeotomia, sem fleet e sem tricotomia, o mesmo modelo que eu faço no HU (ROSA).

### 5.3- A percepção das possibilidades



O exercício da nova experiência promoveu nos sujeitos do estudo, segundo seus depoimentos, maior naturalidade no atendimento ao trabalho de parto e uma nova visão da mulher como um ser especial que tem intuição, sensibilidade e poder.

Além dessa nova visão, conforme depoimento de begônia, existe, também, uma preocupação não só com o desempenho técnico, mas com a imagem do órgão público prestador de serviços.

[...] acabei adotando isso como uma coisa natural. Que parto é uma coisa assim (desse jeito), não mais como eu fazia na residência. Sempre tentar o máximo, deixar a mulher ser protagonista do parto dela, e eu, para tentar ajudar, para tentar melhorar algum mal-estar, alguma sensação de angústia ou de medo, que ela poderá ter. Acho que eu adaptei essa parte da humanização o máximo possível também para as pacientes fora do HU (VIOLETA).

[...] eu comecei a valorizar novamente a mulher. (TULIPA).

Agora esse modelo parece o óbvio. A gente não conseguia ver antes, temos que ter esses dois compromissos. Não só o técnico, mas o compromisso pessoal, de imagem de órgão público prestando uma assistência e a imagem humana da paciente ter uma memória boa de todo o processo de nascimento (BEGONIA).

Percebem, também, que devem ampliar seus conhecimentos e transmiti-los ou reproduzir essa forma de atendimento em instituições, cujo modelo assistencial encontra-se, ainda, sob os moldes ortodoxos da obstetrícia.



[...] comecei a fazer outros cursos, conferências de humanização, comecei a ler outras coisas, porque é incrível que eu conheci coisas, é incrível que eu nunca tinha ouvido falar na minha vida acadêmica de Galba de Araújo, uma pessoa tão importante. Era Rezende, Rezende, Rezende.... Um menosprezo por quem trabalha com uma obstetrícia realmente verdadeira – não alternativa – real, real (TULIPA).

Eu vejo colegas que tinham a mesma formação que eu, muito técnica. Seria interessante se a gente conseguisse transmitir para eles essa nova visão (BEGONIA).

Eu trabalho numa outra maternidade e as coisas que acontecem lá hoje em dia eu questiono o que eu poderia modificar lá, são coisas pequenas, mas que fariam diferença. Então, isso mudou bastante. Baseado no modelo do HU percebi coisas que poderiam ser mudadas nesta outra maternidade em que eu trabalho (CAMÉLIA).

Eu trabalho em duas maternidades. Aqui no HU, onde esse modelo de humanização já é uma coisa bem estabelecida, e trabalho em outro Hospital onde não era oferecido esse modelo de humanização. Com o passar do tempo, alguns médicos, como eu, começamos a semear a idéia da humanização do parto lá. E com certeza esse resgate da humanização do parto também me fez transferir para a minha clínica particular essa conscientização, de esclarecimentos nesse sentido (ORQUÍDEA).

Eu imito a forma como a gente trabalha aqui no HU nos dois hospitais privados em que eu trabalho: a dieta, o acompanhante, etc. Ao invés de levar o modelo que eu aprendi na residência para dentro do HU, eu levei o modelo do HU para os outros hospitais em que eu trabalho (LÍRIO).

A presença do acompanhante na sala de parto, percebida, antes, como uma ameaça, atualmente, é vista como necessária.

Na residência, o pai não participava. Aqui no HU vim descobrir essa humanização de forma diferente. Foi um processo evolutivo que a gente foi observando a resposta positiva em relação a isso (CRAVO).

Essa história de a gente colocar o acompanhante, ter mais gente participando, não só o obstetra ali, diferente do que era na residência, eu achei interessante (LÍRIO).

Ter um acompanhante com ela para poder ajudar quando ela está com muita dor, ajudar a massageá-la, a colocá-la no banho, são coisas simples que ajudam bastante. A paciente se sente mais satisfeita em estar lá, apoio maior, estar mais amparada. (CAMÉLIA).

Este novo contexto de prática profissional tem promovido nos entrevistados maior satisfação com seu trabalho, como pode ser percebido em seus depoimentos.

Fazer obstetrícia para mim é uma coisa gratificante. Hoje eu tiro energia e ganho energia com isso. Eu chego em casa fisicamente cansada porque tem trabalho, mas eu me sinto energizada. Eu fico feliz quando eu tenho uma mulher para ganhar bebê, quando tenho paciente em trabalho de parto. Está tudo fluindo normalmente. Eu fico contente com aquilo, não tenho pressa, não me angustio para que o parto aconteça. Hoje eu gosto de participar mais disso. Eu vejo, e comparo muitos colegas que ainda têm aquela mesma ansiedade que eu tinha, aquela mesma coisa que aquilo tinha de acontecer, de terminar o parto. Eu não sei se é do modelo que a gente é formada, se faz parte da angústia, o que a gente tem mesmo em

relação à vida. Só sei que hoje é assim que eu vejo a obstetrícia – com tranquilidade (TULIPA).

Esse modelo do HU me fez repensar minha maneira de atuar... ter mais anos de experiência vai mudando o jeito de encarar as coisas, a gente vai ficando mais tranqüila. Não foi só a assistência humanizada, mas a experiência e a tranquilidade com o passar dos anos (CAMÉLIA).

É o modelo que eu adotei, assumi, e que eu não voltaria para trás.... A gente sai cansada do plantão, mas gratificada... (risos) (ROSA).

Eu acho que é uma coisa que me acrescentou bastante, justamente porque tenho essa satisfação de trabalhar em um serviço assim, porque não adianta tu trabalhares em um local em que tu não te sintas à vontade, né? (CRAVO).

A multidisciplinaridade foi citada como necessária na prática do novo modelo, estimulando o respeito dos entrevistados pelas outras áreas do saber, sendo a cooperação condição de fundamental importância para o bom desempenho do seu trabalho.

Na questão da relação multidisciplinar, mudou um pouco a visão quando a gente passa a se relacionar com outros profissionais que não são da minha profissão, não são médicos, né? São de outras especialidades como: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas,... é a vivência multidisciplinar que a gente não tinha antes, acho que modificou muita coisa... A gente passa a ter maior respeito com outras opiniões, passa a aceitar mais as mudanças de opiniões em relação a tudo, [...] (BEGÔNIA).

[...] o que eu mais gosto aqui é que a equipe é toda coesa. Toda a equipe trabalhando junto para deixar a paciente mais à vontade possível, mais tranqüila possível. Então, assim, esta equipe multidisciplinar voltada para a humanização facilitou bastante o meu desempenho. ... eu não tento remar sozinha para melhorar o mal-estar da paciente, e noto que todo mundo coopera para isso (VIOLETA).

O resgate pessoal e familiar no processo de transformação profissional foi enfatizado por alguns entrevistados.

**RESGATE DO HUMANO**

**SENSIBILIDADE**

**RELEITURA DO PAPEL**

**MULHER  
ACOMPANHANTE  
EQUIPE**

**DELES PRÓPRIOS  
FAMÍLIA**

Comecei a identificar a mulher como um ser especial. Que a mulher tem intuição, sensibilidade, poder. ...temos um poder que é muito grande, e isso eu trouxe para a minha vida. Nós (mulheres) somos especiais, diferentes. ...somos mais poderosas no sentido de deixar aflorar na gente o que é importante aquele lado que é menosprezado, que hoje a sociedade não valoriza que é essa coisa de você ter sensibilidade, intuição e de usar isso no teu dia a dia, no relacionamento com as pessoas que tu convives. Eu acho que isso foi muito bom para mim, foi muito gratificante, porque eu cresci muito, muito como pessoa, como mulher. Resgatei. E aí eu comecei a ver tudo o que a minha mãe tinha representado para mim, na minha vida, o que ela representava na família, na estrutura familiar, que ela não era uma matriarca, mas sempre teve um peso importantíssimo no gerir da família, tanto que com a perda dela isso tudo mudou nossa vida. Só não mudou muito, porque ela tinha nos ensinado uma coisa que era o amor, que era estar juntos. Então, acho que também foi isso que eu consegui resgatar muito. Hoje, eu mesmo me reavalio quando recebo as minhas pacientes de pré-natal. É como se eu não fosse a mesma pessoa que sou hoje. Acho que isso faz parte do crescimento, do amadurecimento da gente. Mas, com certeza, a mudança no modo de olhar a obstetrícia tem muito a ver com o HU (TULIPA).

Sinto-me uma pessoa mais realizada pessoalmente, em relação a minha família, em relação à atenção que eu tenho justamente com os meus filhos, com minha esposa [...] me tornou uma pessoa mais humana, mais sensível [...] hoje eu digo que houve uma mudança muito significativa nas minhas condutas e na minha vida pessoal, por causa desse tipo de assistência (CRAVO).

A gente desce um pouco do pedestal, acho isso importante; e até no relacionamento pessoal com a esposa, filhos, com tudo, isso vem a fazer com que você repense muita coisa [...] me fez também dividir as decisões familiares, quer dizer, que a gente possa estabelecer um diálogo melhor, acho que isso contribuiu, mudou de alguns anos para cá (BEGÔNIA).

Os entrevistados enfatizaram que não perceberam limitações; muito pelo contrário, à medida que incorporaram a prática do novo modelo, cada vez mais reconheciam suas possibilidades.

## **6. O RESGATE DO SER HUMANO NA PRÁTICA DO MODELO HUMANIZADO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO**

No transcorrer da análise dos dados tornou-se perceptível que a prática do novo modelo possibilitou aos entrevistados uma releitura do papel que representa a mulher, o acompanhante, os profissionais de outras áreas, a família e do próprio profissional.

Tudo isto nos faz refletir sobre a abrangência do resgate do ser humano, do que ele pode proporcionar como agente, contrapondo-se ao que tem sido predominantemente preconizado na formação acadêmica e especialização.

O parto, no modelo aprendido, segundo os sujeitos do estudo, era realizado de forma intervencionista, sob condutas médicas tecnicamente corretas, sendo as mulheres submetidas a essas práticas de forma distante, sem acompanhantes, e transformadas num agente passivo, enquanto os profissionais que conduziam o processo de trabalho de parto lhes tomavam o poder de parir.

Foucault, distinguindo as relações de poder e de dominação, considera que poder não é qualquer coisa de essencial, é somente um fenômeno social que se manifesta em nós de maneira mais simples desde que qualquer um se esforce em influenciar os comportamentos do outro. Isto se produz até durante qualquer tipo de conversa. Mas, as relações de poder não se situam somente no plano da comunicação, mas também, na maneira pela qual os indivíduos se governam e se influenciam reciprocamente.<sup>20</sup>

A multiplicidade de relações de poder serve para tornar impossíveis as relações unilaterais de dominação. Foucault distingue entre as relações de poder que são, à princípio, reversíveis, e os estados de dominação como unilaterais, fixos nesta unilateralidade e fortemente marcados de poder.

A prática obstétrica no mundo moderno, segundo Brüggemann, transformou o parto em um acontecimento médico e freqüentemente cirúrgico com o uso indiscriminado da tecnologia, transformando a mulher num agente passivo, tomando-lhe o ato de parir. A autora afirma que não basta ter competência técnica e

estar autenticamente presente e disponível para acompanhar a mulher parturiente/familiar durante o processo de nascimento, mas, principalmente, é necessário compreendê-los a partir do significado que eles atribuem a esta experiência.<sup>4</sup>

Gualda (1994), lembra que a acentuada preocupação na construção científica da atenção ao parto desvalorizou os aspectos psicossociais inerentes ao processo de nascimento, transformando-o num procedimento médico “eficiente e organizado”, desconsiderando crenças e práticas culturais usuais.<sup>21</sup>

Para Simões (1998), a institucionalização do parto nos grandes centros urbanos pode facilitar ou dificultar o processo à medida que o ambiente seja acolhedor e confiável, ou frio e brutalizante, onde profissionais evidenciam o atendimento das necessidades fisiológicas não considerando a singularidade de cada ser humano.<sup>22</sup>

Mas a ética entendida como conduta original do indivíduo, deve impedir que as relações de poder se fixem. Ela deve tornar impossível que as relações de poder nascidas do acaso transformem-se em estruturas permanentes. Foucault sempre rejeitou a tese de um poder ao qual seríamos irremediavelmente submissos, sempre se esforçou em mostrar que as instituições e as estruturas de poder determinadas derivam na história de tal ou qual fator, e que o conhecimento que tomamos permite-nos transformá-las. Esta possibilidade de transformação é que lhe importa antes de tudo.

A assistência prestada à mulher e à família, durante o processo do nascimento, tem sido foco de muitas discussões nos últimos anos, especialmente a partir de 1985, após a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento, realizada no Brasil, pela Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-americana da Saúde (OMS /OPAS).<sup>23</sup>

Essa conferência veio ao encontro da necessidade crescente de se praticar novos modelos que humanizassem a atenção ao processo da gestação, parto e puerpério. O ciclo gravídico-puerperal determina profundas modificações na fisiologia materna e fetal, porém o parto merece atenção particular. Período relativamente curto, comparado a outros, não menos importantes, que deve ser alvo da mais apurada assistência, no sentido de proteger a espontaneidade de seu

desenvolvimento, assegurando, entretanto, para a saúde da mãe e da criança meios adequados, quando necessários, para corrigir rapidamente os desvios da normalidade.<sup>23</sup>

Apesar de as recomendações terem sido publicadas e divulgadas em todo o mundo, desde 1986, a prática não sofreu mudanças. Para existencialistas, como Merleau-Ponty, os indivíduos enfrentam possibilidades ao fazerem escolhas que determinam a direção e o significado da vida, o que implica em riscos.<sup>24</sup>

Segundo Davis-Floyd, o humanismo pode ser uma modalidade de assistir à mulher, onde há conexão da mente com o corpo, uma compreensão da realidade da mulher e interação entre ela e o profissional de saúde, favorecendo que ela viva bem a sua história. É um modelo que busca, na sua concepção, um equilíbrio entre a tecnologia e a sensibilidade; a prevenção da doença; a valorização da mulher, de seus valores, das crenças e dos conhecimentos, vendo-a como sujeito do processo. Centra-se no cuidado individual, valorizando os aspectos femininos e masculinos de forma equânime, favorecendo a liberdade de expressão e a participação da mulher. Desta forma, o humanismo é uma mudança de atitude na abordagem com a mulher. A informação, a decisão e a responsabilidade são compartilhadas entre a ela e o profissional de saúde.<sup>25</sup>

A relutância relatada pelos entrevistados frente ao novo modelo, possivelmente, adveio do medo do desconhecido, pois a concepção do parto centrado na paciente é quase oposta à aprendida: o poder do profissional é compartilhado com a paciente, acompanhante e equipe e não se acelera o processo de parto, respeitando o natural, só intervindo quando necessário. Mesmo com muita discussão, seria fundamental vivenciar esta nova prática para validá-la. Ainda assim, alguns acolheram o novo modelo, por sentirem-se insatisfeitos com o que praticavam.

Quando deparmos com novas experiências, é importante que a reflexão se manifeste, pois, segundo Horta: “se a consciência da humanização não for percebida, sentida, assimilada significativamente por todos nós, cada um de *per si*”, tudo se manterá igual” e tenderá à maior desumanização. Não adiantarão comissões e/ou grupos de trabalho para humanizar cidades, hospitais, palestras, cursos e



outras medidas que têm sido tomadas, se cada um de nós ainda não percebeu a si e seus semelhantes como seres humanos”.<sup>26</sup>

Para Simões (1998), “A compreensão é existencial; faz parte de cada um de nós e está presente em qualquer interpretação. Compreender a presença dos outros é existir”.<sup>22</sup>

Grosseman (2001) alude “que só quando existe verdadeira relação entre as pessoas - através da consideração e do respeito ao valor do outro, com sua própria identidade, atitudes e sentimentos – é que podemos fazer uma interação que satisfaça a ambos os sujeitos, o eu e o outro.”<sup>18</sup>

Para Brüggemann (2001), conforme as explicitações de Fauerbach, “o comportamento individual do homem pode ser visto em sua relação com toda a sociedade, em seu condicionamento e significado no todo social”. Segundo ela, o “homem se distingue do animal justamente por ter consciência da capacidade de superação da própria individualidade, sendo que as idéias surgem por meio da comunicação e no diálogo entre os homens”. Dessa forma, sua essência só pode ser encontrada na comunidade, onde “o indivíduo como indivíduo se reconhecerá e se sentirá limitado, considerando que sua perfeição só existirá na perfeição do todo social em que vive. Sendo assim, a humanização só existe na medida em que aumenta o espírito comunitário entre os homens”.<sup>4</sup>

Neste contexto, compreender a parturiente e sua necessidade de suporte no momento do parto é essencial. Estudos controlados (ENKIN, 2005), examinaram a contribuição do acompanhante (cônjuge, familiar, amigo) para proporcionar apoio durante o trabalho de parto. O apoio emocional pode incluir a manutenção do contato visual e informações, elogios e incentivos. O acompanhante pode ajudar a assegurar que a mulher compreenda o propósito dos procedimentos, o resultado dos exames, que se mantenha informada sobre a progressão do trabalho de parto, e que seja elogiada por seus esforços e incentivada a continuar.<sup>9</sup>

De acordo com Santos (1998), a participação do acompanhante cria a possibilidade de participação do pai, o que pode contribuir para a transformação de seu papel e influencia positivamente na sua relação com o ser que acaba de nascer e com a mulher que passa a assumir um novo papel – ser mãe.<sup>6</sup>

Conforme Grosseman (2001) “a boa interação médico-paciente traz benefícios para o paciente e o médico. O paciente sente-se bem por ser bem acolhido e compreendido, como ser humano; ao mesmo tempo, o médico gratifica-se com a satisfação do paciente, a oportunidade de repensar suas próprias dificuldades e refletir sobre novos caminhos”.<sup>18</sup>

Em relação ao valor da equipe multiprofissional e da interdisciplinaridade, Brüggemann (2001), acredita que esta deva guiar o caminho para a humanização, pois levaria todos os profissionais envolvidos a reconhecerem seus limites e seus saberes, para acolherem outras contribuições profissionais, complementando-se entre si e devolvendo à gestante/parturiente a atuação como agente principal no processo de nascimento.<sup>4</sup>

Barroso (2003), considera que a atuação interdisciplinar só pode ocorrer quando há humildade e reconhecimento dos limites individuais, onde o coletivo supera o singular e rompe definitivamente com a figura antiga onde o médico seria absoluto. Trabalhar em equipe, no entanto, implica em que todos os profissionais envolvidos deparem-se constantemente com o seu não saber: ali onde faltam as respostas, há um outro que talvez as possa oferecer.<sup>27</sup>

Pensar sobre a mulher e sua saúde é pensar uma nova sociedade que esteja centrada na qualidade de vida do ser humano desde o seu nascimento<sup>15</sup>.

A humanização percebe a paciente como o indivíduo com o seu contexto familiar dentro de um sistema social. A parturiente e seu parto são enfocados não apenas como parte de um todo mais amplo, mas, também, focaliza-se sua gravidez em relação à totalidade de sua vida e de sua história pessoal. Como totalidade do processo bio-psíquico-social, o médico assume uma postura de negociador, facilitador e árbitro de uma nova ordem social.<sup>28</sup>

O ensino tradicional da obstetrícia, centrado no pluralismo de condutas, impede a formação do pensamento crítico e a maior autoconfiança na tomada de decisão do obstetra assistente, pois, durante sua formação, doenças e intercorrências são enfatizadas e as técnicas intervencionistas consideradas prioritárias. Os estudantes são treinados para seguir rotinas, sem avaliação crítica caso a caso. Em decorrência, um grande número de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas podem ocorrer.<sup>15,29</sup>

A assistência humanizada expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança na atitude diante do padecimento do outro humano – de uma mulher.<sup>30</sup>

Assim, a reconstrução dos compromissos da assistência obstétrica, para que o novo modelo de assistência ao parto, centrado no ser humano e superando as limitações do antigo modelo, possa emergir na prática, exige o resgate da subjetividade do ser humano existente em cada um de nós.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conhecer a percepção de obstetras que vivenciam a assistência humanizada ao parto na Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, desde sua implantação, principalmente, na posição vertical e com a presença do acompanhante, foi o motivo principal desse estudo. Especificamente, identificar as possibilidades, limitações e atitudes que eles vivenciaram na prática, antes e depois do envolvimento com o modelo “humanizado” de assistência obstétrica.

A utilização da pesquisa qualitativa baseada no referencial Holístico-Ecológico, ou seja, processo de análise-reflexão-síntese e a técnica de entrevista semi-estruturada em profundidade permitiram-me, desde o princípio da pesquisa, uma dinâmica integrada na identificação das possibilidades, limitações e atitudes destes obstetras antes, durante e após o seu envolvimento com o modelo humanizado de assistência.

O estudo mostrou que os profissionais médicos, apesar de terem sido formados num modelo intervencionista, ao vivenciarem um outro modelo de assistência, com princípios de humanização e interdisciplinaridade, repensaram e transformaram a sua prática. Nas falas dos participantes evidencia-se a comparação que fazem entre a sua formação e sua atuação na maternidade do HU.

Ao ingressarem na Maternidade do HU/UFSC, o parto humanizado foi acolhido com pouca clareza, curiosidade e surpresa (principalmente a presença do acompanhante e o parto na posição vertical), gerando muita polêmica durante todo o processo de implantação deste novo modelo assistencial, que vem sendo preconizado pela OMS desde 1985.

O medo do novo gerou, nos sujeitos do estudo, insegurança na forma de atuar, já que a sua formação havia sido destinada para uma prática organizada, medicalizada, distante, isto é, com pouco entrosamento entre médico/paciente; mas, também, emergiu neles curiosidade e interesse.

A presença de um acompanhante durante todo o processo parturitivo, de início, representou uma ameaça, mas, foi evoluindo positivamente conforme iam experienciando o modelo.

O exercício dessa nova experiência promoveu, nos sujeitos do estudo, transformações que os fizeram resgatarem a subjetividade dos seres humanos envolvidos neste processo, começando pela mulher como ser especial que tem intuição, sensibilidade e poder, seus familiares, os componentes da equipe multidisciplinar e o próprio profissional em sua relação profissional e familiar.

Além de perceberem a obstetrícia como uma profissão gratificante, sentem-se satisfeitos com o trabalho desenvolvido, desejando transmitir esta forma de assistência humanizada a outros colegas/instituições, cujo modelo ainda encontra-se centrado na assistência obstétrica ortodoxa.

A partir desse estudo, reforça-se a necessidade de disseminar o parto humanizado, tanto nas instituições formadoras de profissionais da área da saúde, quanto nas prestadoras de serviços assistenciais. A educação médica pode ser a principal veiculadora do processo de transformação do parto de evento hospitalar agressivo para um parto, ainda que hospitalar, sem intervenções que não sejam necessárias e com base nas evidências científicas, voltado mais naturalmente para o ser humano.

## REFERÊNCIAS

1. Bertherat M, Bertherat T, Brung P. Quando o corpo consente. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
2. Davis-Floyd R. Birth as an American rite of passage. 1s ed. Berkley. London: University of California Press; 1992.
3. Dossiê Humanização do Parto. In: Rede Nacional Feminista de Saúde. Direitos sexuais e direitos reprodutivos - São Paulo, 2002. 40 p.
4. Brüggemann, OM. Buscando Conhecer as Partituras da Humanização In: - Oliveira ME, Zampieri, MFM, Brüggemann OM. A Melodia da Humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.
5. Universidade Federal de Santa Catarina. Hospital Universitário – HU/UFSC. In. Livro de Atas da Comissão de Implantação da Maternidade, 1995.
6. Santos OMB. A enfermagem como um diálogo vivo: uma proposta humanística no cuidado à mulher e família durante o processo de nascimento. Florianópolis: UFSC, 1998. Dissertação [Mestrado em Enfermagem].
7. Universidade Federal de Santa Catarina. Hospital Universitário – HU/UFSC. In. Livro de Registro de Nascimentos – 1996.
8. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Suporte social e profissional no parto. In: Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005; p.133-43.
9. Tedesco, JJA. A Humanização da Relação Obstetra-Mãe-Filho. In. Zugaib M, Tedesco JJ, Quayle J. Obstetrícia Psicossomática. São Paulo: Atheneu, 1997. (p.271-279).
10. Balaskas J. Parto ativo: guia prático para o parto natural. Tradução Adailton Salvatore Meira. São Paulo: Ground, 1993.
11. Cordeiro, SN; Sabatino H. A Humanização do Parto. In. Zugaib M, Tedesco JJ, Quayle J. Obstetrícia Psicossomática. São Paulo: Atheneu, 1997. (p.280-315).
12. Odent M. A Cientificação do Amor. São Paulo: Terceira Margem, 2000.
13. Siebert ERC. Incorporação da filosofia de atendimento da maternidade de um hospital universitário, pelos profissionais de saúde do centro obstétrico. Florianópolis. 2004, 100p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
14. Brasil, Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Normas e Manuais Técnicos: Assistência Institucional ao Parto, ao Puerpério e ao Recém-Nascido. Ed. Brasília, 1991.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
16. Minayo MC. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 7. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 2000.
17. Patrício, ZM, Qualidade de Vida do Ser Humano na Perspectiva de Novos Paradigmas. In: - Patrício, ZM, Casagrande JL, Araújo MF. Qualidade de Vida do Trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: Editora do Autor, 1999.
18. Grosseman S. Satisfação com o trabalho: do desejo à realidade de ser médico. Florianópolis, 2001. 284p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Departamento de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.
19. Triviños ANS. Introdução a pesquisa em Ciências Sociais? A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1998.
20. Foucault, M; Da Ética como Estética da Existência. In: \_ Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.4, n.2, p.93-102, jul/dez.1995.
21. Gualda DMR. Assistência ao parto hospitalar sob a perspectiva da mulher. São Paulo: Revista Paulista de Enfermagem. v. 13, n. 1/3, p. 24-27, 1994.
22. Simões SMF. O ser parturiente: um enfoque vivencial. Niterói: Ed. UFF, p. 121, 1998.
23. Organização Mundial de Saúde. Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático. São Paulo, 1996.
24. Merleau-Ponty M. Humanismo e Terror: ensaio sobre o problema comunista. Rio de Janeiro: Censo Brasileiro, 1968.
25. Davis-Floyd R E. O significado histórico e cultural da tecnologia em nascimento. In: Conferência Internacional de Humanização do Parto e Nascimento, 2., 2000, Fortaleza. Anais... Fortaleza, 2000.
26. Horta WA. Humanização. Revista de Enfermagem Novas Dimensões, 1977; 3 (4):3.
27. Boletim do CBR. Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem: equipe multidisciplinar e área da tua ação. São Paulo: Duo-Graf. n.º 190, 2003.
28. Chazan LK. A história da obstetrícia e a patologização da gravidez. Disponível em: <http://scholar.Google.com.br>, 2006. Acesso em 13 jul. 2006.
29. Hotmiski SN, Schraiber LB. Humanization in the contest of obstetric training. Ciência Saúde Coletiva, Jul/Set. 2005; 10(3):639-49.

30. Diniz CSG. Humanization of childbirth care in Brazil: the numerous meanings of a movement. *Ciência Saúde Coletiva*, July/Sept. 2005; 10(3):627-37.



## **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

Cook R. Memórias de um Médico Interno. PROJETO Cultural JANSSEN. Tradução de Miécio Araújo Jorge Honkis. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 1995.

ISMAEL JC. O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada. São Paulo: T. A. Queiroz, 2002.

Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

Odent M. O camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto. Tradução Sarah Bauley. São Paulo: Ground, 2003.

\_\_\_\_\_. A cesariana. Tradução Maria de Fátima de Madureira. São José, SC: Editora Saint Germain, 2004.

Pamplona VL. Mulher, parto e psicodrama. São Paulo: Ágora, 1990.

Resende J. Obstetrícia. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

Santos OMB., Siebert ERC. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina. In. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2001, p. S73-S78.

Tedesco, JJA. A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo: Atheneu, 2002.

## **ANEXOS**

**ANEXO 1**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

#### Filosofia da Maternidade do HU

*Na Maternidade do HU/UFSC acredita-se que:*

- Em se prestando assistência, se ensina;*
- É direito de toda mulher - recém nascido (RN) - família, no processo de gravidez, parto e puerpério receberem atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais;*
- A atenção à saúde da mulher visa o ciclo grávido-puerperal, considerando a gravidez como processo e não como um evento;*
- A atenção à saúde da mãe, RN e família, na gravidez, parto e puerpério, se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação;*
- O sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços mãe-RN-Família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde dos elementos mencionados;*
- A equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher-RN-família deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado;*
- As atividades de ensino, pesquisa e extensão realizada pela equipe interdisciplinar ligados à saúde da mulher-RN-família devem refletir atitudes de respeito do ser humano e reverter-se em benefício de uma melhor assistência;*
- À equipe deve exercer papel atuante na educação mulher/acompanhante e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos de saúde e planejamento familiar;*
- A parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos ou as rotinas terão flexibilidade suficiente para toda e qualquer exceção ou serão adaptadas após a geração do fato;*
- O desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade, ou com ela se relacionarem;*
- A mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde.*

Outubro de 1995.

**ANEXO 2**



UNIVERSIDADE FERAL DE SANTA CATARINA  
Centro de Ciências da Saúde  
Hospital Universitário  
Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas

#### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Sêres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: “A percepção dos obstetras sobre a atenção humanizada ao parto na Maternidade do HU/UFSC”, e cumprirei os termos da Resolução 196/96 e 251/97, e como esta Instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 17 de maio de 2004.

  
\_\_\_\_\_  
Miriam Krieger T. C. Melo  
Chefe de Divisão de Toco-Ginecologia

### **ANEXO 3**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Centro de Ciências da Saúde  
Hospital Universitário  
Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas

#### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "A PERCEPÇÃO DE OBSTETRAS SOBRE A ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO NA MATERNIDADE DO HU/UFSC.", e cumprirei os termos da Resolução 196/96 e 251/97, e como esta Instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 17 de maio de 2004.

Fernando Osni Machado  
Diretor Geral – HU/UFSC



## **ANEXO 4**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS  
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 202/2004**

Projeto 202/04

Título: *A percepção de obstetras sobre a atenção humanizada ao parto na maternidade do HU-UFSC.*

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Suely Grosseman

Pesquisador principal: mestrando Luiz Paulo de Souza

Data da entrada: 07/06/04.

Participantes: médicos obstetras que atuam na maternidade do Hospital Universitário desde a sua implantação, em 1995.

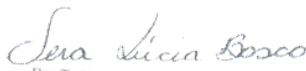
*1 – Objetivos* – Geral: conhecer a percepção de obstetras da maternidade do HU na assistência ao processo de parto; específicos: identificar a percepção desses profissionais frente a uma nova proposta de atenção no início de suas atividades na maternidade; identificar a percepção atual frente à consolidação da proposta de humanização da atenção; identificar se esta proposta de assistência acarretou mudanças em outras dimensões na vida desses profissionais, além do ambiente de trabalho. O novo modelo de assistência ao parto destaca a atenção carinhosa com a grávida, a valorização do parto vaginal, vertical (de cócoras) e o estímulo de parcerias dos obstetras com enfermeiras, anestesiológicas e neonatologistas, além de estimular um acompanhante familiar.

*2 – Sumário* – trata-se de pesquisa qualitativa, que se valerá de entrevista semi-estruturada, registrada em gravador, seguindo um roteiro de questões básicas previamente elaborado. Serão entrevistados 12 médicos obstetras que atuam na maternidade desde sua implantação (dos 23 que iniciaram suas atividades na maternidade, apenas 13 permanecem no serviço, entre eles o pesquisador). De início, será realizado projeto-piloto com apenas um participante, para adequação, se necessário, dos instrumentos de pesquisa.

*3 – Comentários frente à Resolução 196/96 e complementares* – o projeto está de acordo com as normas, apresentando TCLE e demais documentos exigidos.

*4 – Parecer* – apesar de apresentar bibliografia parcimoniosa para uma dissertação, o estudo possui relevância e é orientado por profissional experiente nessa área médica; diante do exposto, somos de parecer favorável sua **APROVAÇÃO**.

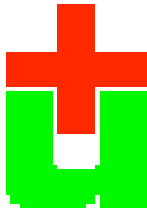
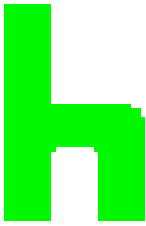
Em 28 de junho de 2004.

  
Profa. Vera Lúcia Bosco  
Coordenadora do CEPQ/UFSC.

Vera Lúcia Bosco

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

## **APÊNDICES**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

### **ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

- I. Identificação:**
- II. Codinome:**
- III. Sexo:**
- IV. Idade:**
- V. Tempo de Formado:**
- VI. Tempo de Trabalho como Obstetra:**
- VII. Tempo de Trabalho como Obstetra no HU/UFSC:**

### **QUESTÕES:**

**1 – Como foi sua reação ao saber que para trabalhar na Maternidade do HU você deveria prestar um assistência humanizada ao processo de parto/nascimento?**

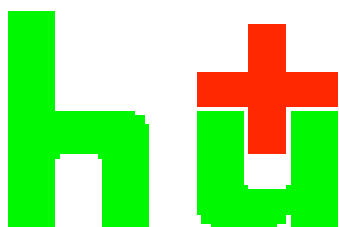
**Simbolização (Quatro imagens).**

**2 – Fale sobre sua experiência com parto/nascimento antes de vir trabalhar na Maternidade do HU.**

**3 – Atualmente, o que representa este modelo de assistência para você?**

**Simbolização (se necessário).**

**4 – Repensando seu caminho como obstetra, este modelo teve alguma influência na sua vida? Quais?**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### **ESTUDO: A PERCEPÇÃO DE OBSTETRAS SOBRE A ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO NA MATERNIDADE DO HU/UFSC.**

**Prezado colega obstetra:**

Eu, Luiz Paulo de Souza, médico, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**A PERCEPÇÃO DE OBSTETRAS SOBRE A ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO NA MATERNIDADE DO HU/UFSC**”, com o objetivo de conhecer a percepção dos obstetras no processo parturitivo, para identificar fatores que contribuíram para a mudança de atitude e construção de um novo paradigma na assistência obstétrica, avaliando as possibilidades e limitações que eles vivenciam na prática deste modelo.

Será utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada, em profundidade, registrada por gravador, seguindo um roteiro de questões básicas.

Será utilizado o recurso de simbolização com quatro imagens de revistas.

Os dados serão coletados por mim, mestrando e médico do serviço, com o acompanhamento da orientadora Professora Dra. Sueli Grosseman.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelos telefones 3223-6696 ou 9972-5406 ou pessoalmente com o pesquisador. Se estiver de acordo em participar, garantimos que as informações serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho.

Antecipadamente agradecemos a sua colaboração.

Professora Dra. Sueli Grosseman – Orientadora

Mestrando Luiz Paulo de Souza – Pesquisador principal



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

Eu, \_\_\_\_\_ fui esclarecido(a) sobre a pesquisa **“A PERCEPÇÃO DE OBSTETRAS SOBRE A ATENÇÃO HUMANIZADA NA MATERNIDADE DO HU/UFSC”** concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis,        de        2005.

Assinatura: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_